

Ф.Н. Нишанов, М.Ф. Нишанов, Б.Р. Абдуллажанов, А.З. Отакузиев, У.Д. Усмонов, кафедра хирургических болезней, Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан

## Экономная резекция желудка с формированием гастродуоденоанастомоза в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

**В настоящее время необходимость оперативного лечения осложненных форм, которые составляют около 30% от общего количества страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), сомнений не вызывает. При этом оперативное вмешательство должно быть направлено на радикальное излечение от ЯБ, что достигается удалением язвы как источника осложнения, снижением агрессивных факторов желудочного сока (соляная кислота, пепсин, гастрин, хеликобактер пилорис) и восстановлением моторно-эвакуаторной функции желудка (выбор наиболее оптимального варианта желудочно-кишечного анастомоза) [1, 3-5].**

Цель нашего исследования – проведение ретроспективного и проспективного анализа результатов различных методов операций, обоснование целесообразности иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием гастродуоденоанастомоза (ГДА) в плановой хирургии ЯБ ДПК.

### Материалы и методы

Нами исследована распространенность ЯБ среди населения Ферганской долины, что составило 131,3 на 100 тыс., к которой относятся три области – Андижанская, Ферганская и Наманганская (Республика Узбекистан) – с общей численностью 10 млн человек. В 98,5% случаев установлена дуоденальная локализация язв [6]. Заболеваемость ЯБ в этих регионах в несколько раз меньше по сравнению с Европейскими странами, где заболеваемость раком встречается чаще.

Наша клиника занимается проблемой ЯБ ДПК с 1959 года. За этот промежуток времени подходы к выбору методов оперативного вмешательства периодически менялись. Этим обусловлено выделение трех условных периодов:

- 1959-1975 гг. – период «классической» резекции желудка с преимущественным формированием ГДА [2, 8].
- 1976-1989 гг. – период «ваготомий» (от стволовой до расширенной селективной проксимальной ваготомии) с дренирующими желудок операциями [6, 7].
- 1990-2009 гг. – период иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием ГДА.

За первый период оперированы 1878 больных ЯБ ДПК с летальностью до 4%. Пострезекционные синдромы установлены у 15% оперированных, а рецидив язвы – у 4%.

За второй период оперированы 1247 больных. Рецидивы язвы составили 8,4%, гастроплегия – 2,3%, другие постваготомические синдромы – 5,7%, с летальностью 1,3%. Неудовлетворенность результатами привела к отказу от ваготомий в пользу иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием ГДА.

За третий период в нашей клинике внедрено и широко применяется иссечение малого сальника с антрумрезекцией (у 2782 пациентов). При этом формирование ГДА в различных модификациях произведено у 2316 больных, что составило около 80% наблюдений от всех перенесших операции на желудке. Анастомоз накладывается с использованием однорядного шва.

В процессе обследования больных проводилось объективное клиническое исследование, клинические и биохимические анализы крови и мочи, исследование желудочной секреции (БПК, МПК, рН-метрия, кислые и щелочные компоненты желудочного сока, пепсин), моторно-эвакуаторной функции желудка (с помощью рентгенокопии НЭГГ, НРГГ), а также исследование функционального состояния физиологической кардии до и после различных операций с использованием рентгенологических, эндоскопических и иономанометрических методик.

К настоящему моменту достаточно большой опыт применения иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием различных вариантов ГДА позволяет несколько упростить выполнение некоторых этапов операции и в то же время предложить ряд приемов, облегчающих проведение вмешательства. После верхне-средней лапаротомии проводится тщательная ревизия желудка, ДПК, определяется локализация язвы и характер осложнений, а также анатомические изменения в пилородуоденальной области, возникшие в результате язвенно-рубцового и воспалительного процесса.

Почти во всех случаях мобилизуется ДПК по Кохеру и по возможности – язвенный инфильтрат. Желудок и большой сальник поднимается вверх, рассечение имеющихся спаек в области дуоденоанального перехода. Желудок приподнимается вверх и вправо, большой сальник и поперечно-ободочная кишка вниз. Начиная от синуса по направлению начального отдела ДПК пересекаются ветви правой желудочно-сальниковой артерии непосредственно у стенки желудка и лигируются. Желудок откидывается вверх и впереди, рассекаются имеющиеся задниеращения между желудком и поджелудочной железой. Вводится отграничивающая поджелудочную железу и большой сальник марлевая салфетка.

Следующий этап – иссечение малого сальника. Для этого производится тракция желудка вниз. Образуется окно на боссоудистом участке малого сальника. Последний отодвигается вправо. Начиная с угла желудка до кардии между зажимами

пересекаются и перевязываются сосуды и ветви переднего ствола вагуса, непосредственно у стенки желудка. Не доходя (2-3 см) до пищевода, малый сальник пересекается в поперечном направлении. Производится мобилизация малого сальника по задней стенке от кардии до угла желудка в дистальном направлении. Малая кривизна желудка перитонизируется узловыми шелковыми швами (8-9 швов). Следующим этапом является антрумрезекция. Для этого малая кривизна у угла желудка и большая кривизна у синуса берется за держалку. На уходящую часть желудка накладываются два жома Бильрот. Начиная с угла резецируется передняя и задняя стенка желудка на расстоянии от 2 до 4 см, в зависимости от его размера. Дефект на стенке желудка ушивается однорядным шелковым швом. Затем рассекается передняя и задняя серозная оболочка желудка над жомом на 1 см в поперечном направлении. Производится прошивание мышечного и подслизистого слоев в поперечном направлении узловыми швами с лигированием сосудов и гофрированием культи желудка. Желудок резецируется от линии швов на 4-5 мм. Культи желудка отграничивается салфеткой и фиксируется вверх. Резецированная дистальная часть желудка приподнимается вверх и между зажимами пересекаются и лигируются правые желудочные сосуды. Накладываются серозно-мышечно-подслизистые однорядные швы между задней стенкой культи желудка и начальным отделом ДПК (5-6 швов). На расстоянии 5-6 мм от линии швов рассекается задняя стенка ДПК. Вводя указательный палец левой рукой в просвет ДПК хирург ориентируется в локализации язвы, область сужения и пересекаются передняя стенка кишки по нижнему краю язвы. Антральный отдел желудка и луковица ДПК удаляются вместе с язвой. Гемостаз сосудов на передней стенке и ревизия задней губы анастомоза. В просвет ДПК вводится дистальная часть дренажной трубки длиной до 12-15 см с боковыми микроотверстиями. Проксимальный конец дренажной трубки фиксируется к желудочному зонду, заранее введенному в желудок. Желудочный зонд извлекается, проксимальный конец дренажной трубки фиксируется к крыльям носа. Указанные приемы позволяют контролировать положение зонда (4-5 см зонда с микроотверстиями в культе желудка и 10-15 см в просвете ДПК) и случайного удаления зонда самим больным, так как назогастродуоденальный зонд выполняет не только декомпрессию области гастродуоденоанастомоза, но и позволяет начать энтеральное питание начиная с 3 суток после операции.

Следующий этап – завершение наложения ГДА. Для этого начиная со стороны большой кривизны культи желудка и стенки ДПК накладываем П-образные швы, затем последовательно серозно-мышечно-подслизистые узловые швы. Последний шов накладывается также П-образно на малой кривизне (всего 8-10 швов). Необходимо подчеркнуть, что узлы наложенных швов лежали на стенке культи желудка не только на передней, но и на задней губе анастомоза. Контроль проходимости, герметичности ГДА и гемостаза. Это достигается путем промывания желудка и ДПК раствором фурацилина. Оператор контролирует область анастомоза и цвет промывной жидкости. Тулет брюшной полости. Подпеченочное пространство дренируется дренажными трубками, так чтобы дистальный конец дренажа через Винслово отверстие находился у малой кривизны культи желудка.

ГДА «конец в конец» по Габереру наложен у 1838 больных. При пенетрирующих язвах задней стенки луковицы в поджелудочную железу, печеночно-двенадцатиперстную связку, а также при деформации луковицы ДПК в виде «шнура», антральный отдел иссекается от ДПК. Культи ДПК ушиваются однорядным швом. Накладывается ГДА «конец в бок» в поперечном направлении на передней стенке ДПК (выполнена у 126 пациентов – 5,4%), по Габерер-Финнею (у 452 пациентов – 19,0%). Ширина соустья должна быть не меньше 2,5-3,0 см.

### Результаты исследования и их обсуждение

Послеоперационный период у больных, перенесших иссечение малого сальника с антрумрезекцией и ГДА, протекает в большинстве случаев обычно. Больные в достаточной мере активны уже на второй день послеоперационного периода. Производится водно-масляная очистительная клизма, опорожняется кишечник. Разрешается дробное употребление жидкой пищи (бульон, чай, минеральная вода). Как правило, диспептические явления не отмечаются, какие-либо существенные нарушения в деятельности кишечника не наблюдаются. На третий день рацион дополняется кашей, яйцами всмятку, сметаной, сахарями.

На 6-й день изучается моторно-эвакуаторная функция желудка рентгенологически с использованием сульфата бария. Тонус стенки желудка у оперированных больных оставался в пределах нормы, а эвакуация из желудка порционно – ритмичная. Назогастродуоденальный зонд извлекается, подпеченочный дренаж удаляется. С 7-го дня больной переводится на питание, предусмотренное диетой № 1. Швы с раны снимаются, и больной выписывается из стационара.

Исследование кислотности желудочного сока у больных с дуоденальной язвой в различные сроки (от 6 мес до 10 лет) после иссечения малого сальника с антрумрезекцией и гастродуоденоанастомозом установило, что БПК снизилась с  $15,1 \pm 1,4$  (до операции) до  $2,4 \pm 0,3$  ммол/ч (на 84%), а МПК с  $30,1 \pm 1,16$  до  $6,8 \pm 1,4$  ммол/ч (на 77,5%). При наблюдении за оперированными больными в период от 1 года до 10 лет после иссечения малого сальника с антрумрезекцией и ГДА было установлено, что кислотность желудочного сока у них с увеличением времени после операции заметно не менялась. Высокие показатели кислотности у коренных жителей Ферганской долины связаны с частым употреблением острой и высококалорийной пищи в вечернее время суток. Поэтому в этом регионе преимущественная локализация язв в ДПК. Продолжительность язвенного анамнеза колебалась от одного года до 20 лет, причем у большинства пациентов он составляет 5-10 лет. Наиболее часто из осложнений ЯБ ДПК отмечались кровотечения, перфорации язвы, пилородуоденальный стеноз той или иной степени выраженности (69,38%). Из 2316 оперированных летальный исход имел место у 21 больного, т.е. послеоперационная летальность составила до 1%.

Контрольное обследование больных, перенесших иссечение малого сальника с антрумрезекцией и ГДА, проводилось через 1, 3, 6, 12 мес и до 10 лет амбулаторно по специально составленным анкетным данным. Нарушения эвакуаторной функции желудка и ДПК, связанные с анастомозитом и гастроплегией, выявлены у 2,1% пациентов, а рецидив язв – у 1,4% больных. В значительном количестве наблюдений консервативное лечение у этих больных приводило к восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка и к быстрому прекращению болевого синдрома и рубцевания язвы. Средней и тяжелой степени тяжести демпинг-синдром практически отсутствовал.

Отличные и хорошие результаты оценивались по критериям Vízik с некоторыми дополнениями. После операции иссечения малого сальника с антрумрезекцией и ГДА получены отличные и хорошие результаты в более 90% наблюдений. Частота развития патологических синдромов и их выраженность были значительно меньше, чем после классической резекции желудка и различных вариантов ваготомии с дренирующими желудок операциями или без них.

### Выводы

- 1 ЯБ ДПК относится к распространенным заболеваниям населения Ферганской долины и характеризуется преимущественной локализацией язвенного процесса в пилородуоденальной области.
- 2 Существенное снижение различных осложнений во время операции и в послеоперационном периоде, а также летальности, преимущественно отличные и хорошие результаты в отдаленные сроки позволяют рассматривать иссечение малого сальника с антрумрезекцией и ГДА с использованием однорядного шва как наиболее обоснованный метод хирургического лечения ЯБ ДПК.

### Литература

1. Бойко В.В. Противоязвенное лечение в хирургии // Здоровье Украины, 2009. – С. 16-18.
2. Ботиров А.К. Возрастные особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и выбор метода операции // Автореф. дисс.док.мед.наук. Ташкент, 1999. – 39 с.
3. Ибатов И.Ю. Формирование межкишечных анастомозов методом инвагинации // Автореф. дисс. док.мед.наук. Москва, 1969. – 39 с.
4. Кузин М.И. Хирургические болезни. Москва, Медицина. 2005. – 638 с.
5. Курьгин А.А. Лечение язв двенадцатиперстной кишки ваготомией в сочетании пилоропластикой // Автореф. дисс. док.мед.наук. Ленинград, 1977. – 39 с.
6. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. СПб, Гиппократ. 2000. – 360 с.
7. Нишанов Ф.Н. Органосохраняющие операции при язвенной болезни, осложненной пилородуоденальным стенозом // Автореф. дисс. док.мед.наук. Харьков, 1986. – 48 с.
8. Нурмухамедов Р.М., Яругский Е.Е., Файзуллаев Х.Ф. Хирургическое лечение язвенной болезни у пожилых. – Ташкент: Медицина. – 1978. – 162 с.
9. Ясногородский А.Я. К методике резекции желудка по Бильрот I при язвенной болезни. Ташкент, Медицина. 1973. – 116 с.
10. Харченко Н.В., Степанов Ю.М. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, № 3, т. 8, 2013 г.